

LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

Prise en charge initiale de la pancréatite aiguë

P. GAST (1)

RÉSUMÉ : Les éléments-clé de la prise en charge immédiate d'une pancréatite aiguë sont : la confirmation diagnostique, la prédiction de la sévérité, la recherche des étiologies imposant une prise en charge simultanée à celle de la poussée de pancréatite. Une réhydratation adéquate est considérée comme la pierre angulaire du traitement.

MOTS-CLÉS : Pancréatite aiguë - Nécrose - Infiltrat (péri)pancréatique - Sévérité - Défaillance d'organe

INITIAL MANAGEMENT IN ACUTE PANCREATITIS

SUMMARY : Basic steps of acute pancreatitis initial management are : diagnostic assessment, severity prediction, search for concomitant abnormalities being part of the etiologic work up or requiring an early treatment. Adequate volume perfusion is certainly the most important therapeutic measure.

KEYWORDS : Acute pancreatitis - Necrosis - Pancreatic infiltration - Severity - Organ failure

INTRODUCTION

Les formes sévères, nécrosantes, de pancréatite aiguë représentent 10 à 25 % des cas selon les séries; elles sont responsables d'une mortalité de 8 % à 25 %. Le décès est lié, durant la première semaine, aux défaillances d'organes, ou, plus tard, à l'infection de la nécrose qui survient généralement après la 4^{ème} semaine. Les malades avec forme grave doivent être identifiés précocement et pris en charge adéquatement. Une réhydratation agressive à l'admission réduit le risque de défaillance multi-systémique (1).

VIGNETTE CLINIQUE

Monsieur X, âgé de 52 ans, obèse, travaillant dans l'horeca, se présente un samedi matin aux urgences pour douleurs épigastriques transfixiantes vers le dos, apparues durant la nuit. Les douleurs n'ont pas répondu au Dafalgan® ni au Buscopan®, et sont devenues rapidement insupportables. Le patient est incapable de manger et boire, du fait des douleurs et des nausées. La palpation abdominale montre un ventre tendu, mais dépressible, sans péritonisme. Le patient est moite, tachycarde, et hypotendu à l'orthostatisme, avec une saturation en oxygène à l'air ambiant mesurée à 89 %. La biologie démontre une hyperleucocytose modérée, un hémocrite élevé, une urée à la limite supérieure de la normale, des lipases à 10 fois la normale, des transaminases inférieures à 2 fois la normale. Devant la suspicion de pancréatite aiguë, un CT scan est immédiatement réalisé

à blanc, démontrant une infiltration pancréatique et péripancréatique diffuse. Le protocole de l'examen conclut à une pancréatite de grade C. Le malade est admis en soins banalisés, mis à jeun, et hydraté avec 2 litres de liquide physiologique/24h; des antalgiques sont prévus. Malgré ce traitement, le malade continue à se plaindre, et se détériore progressivement. Il développe une insuffisance respiratoire aiguë et doit être transféré en Unité de Soins intensifs (USI), intubé et ventilé. Après réanimation, et correction des troubles hydro-électrolytiques, un CT scan avec contraste est réalisé démontrant une nécrose de toute la queue du pancréas.

QUESTIONS POUR L'ÉTUDIANT

1. Quels sont les critères indispensables au diagnostic de pancréatite aiguë ?
2. Comment prédire la sévérité d'une poussée ? La prise en charge doit-elle être différente en fonction de ces critères de sévérité ?
3. En dehors de l'éthylisme et du calcul vésiculaire, y-a-t-il des étiologies à rechercher à l'admission, au risque de les voir disparaître en cours d'hospitalisation ?

RÉPONSES PROPOSÉES

1. QUELS SONT LES CRITÈRES INDISPENSABLES AU DIAGNOSTIC DE PANCRÉATITE AIGÜE ?

Le diagnostic de pancréatite aiguë repose sur des critères précis, résumés dans le Tableau I. L'anamnèse doit rechercher une douleur typique, souvent évocatrice. La confirmation est apportée par la biologie, à savoir le dosage des lipases, dont la synthèse est quasi exclusivement pancréatique; les amylases ne doivent

(1) Chef de clinique, Service de Gastroentérologie, CHU Sart Tilman, Liège.

TABLEAU I. CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DE LA PANCRÉATITE AIGÜE. PARMI LES TROIS, DEUX DOIVENT ÊTRE PRÉSENTS

- Douleur typique : épigastrique à irradiation dorsale, crampiforme, intense et rapidement progressive, aggravée par l'alimentation
- Lipases > 3 valeur supérieure de la normale (*)
- Imagerie montrant une infiltration pancréatique ou péripancréatique

(*) Attention, élévation des lipases en cas de perforation d'un organe creux, d'une insuffisance rénale. A noter que le dosage de l'amylase ne doit plus être réalisé, ni dans le sang, ni dans les épanchements.

plus être dosées, étant donné leur manque de spécificité, et ne sont plus remboursées. Il est inutile et non recommandé de doser les lipases face à n'importe quel syndrome douloureux abdominal, le résultat sera le plus souvent négatif. Les lipases peuvent être accrues en cas de perforation d'un organe creux; l'anamnèse et l'examen clinique doivent rectifier le diagnostic. L'interprétation des valeurs de la lipasémie doit tenir compte du délai par rapport au début des douleurs. Ainsi, un retour à la normale est possible après 72 heures, ce qui n'exclut pas le diagnostic de pancréatite aiguë. Le degré d'hyperlipasémie ne présente aucune valeur pronostique, elle témoigne uniquement de la réserve fonctionnelle exocrine. Les caractéristiques des douleurs et l'hyperlipasémie suffisent à établir le diagnostic de pancréatite aiguë.

Le CT scanner n'a pas sa place parmi les examens de première ligne, lorsque la présentation est typique. En l'absence de doute diagnostique, il ne devrait jamais être réalisé avant 72 à 96 heures. En effet, réalisé trop précocement, il va sous-estimer la sévérité de la poussée, en ne démontrant pas la nécrose qui s'installe progressivement. Précocement, et avant réhydratation, il est souvent réalisé sans contraste, ce qui prive le clinicien d'une information essentielle : l'existence ou non d'une nécrose (définie par l'absence de rehaussement de la glande lors de l'injection du contraste). Par contre, réalisé avec contraste, il est susceptible d'aggraver la pancréatite aiguë ou l'insuffisance rénale. A l'admission, il est donc uniquement recommandé en cas de diagnostic incertain.

2. COMMENT PRÉDIRE LA SÉVÉRITÉ D'UNE POUSSÉE? LA PRISE EN CHARGE DOIT-ELLE ÊTRE DIFFÉRENTE EN FONCTION DE CES CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ ?

La prédiction de la sévérité de la poussée repose sur des arguments cliniques et biologiques. La prise en charge immédiate du patient en dépend. La sévérité peut être évidente clinique-

ment d'emblée, lorsque le malade présente des signes de défaillances d'organes : poumon, appareil cardiovasculaire, rein. Les caractéristiques de ces défaillances sont présentées dans le Tableau II. Ces malades doivent être hospitalisés en USI ou transférés dans un centre tertiaire. En effet, la morbi-mortalité de ces poussées est élevée, le risque de devoir recourir à des thérapeutiques agressives radiologiques, endoscopiques ou chirurgicales est également élevé. Lorsque ces signes de défaillance sont absents, la sévérité peut être prédite ou infirmée par deux scores résumés dans les Tableaux III et IV, le «Harmless AP score» (HAPs) (2) et le SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) (3, 4). Tous les autres scores sont actuellement abandonnés, y compris le score de Ranson ! Le HAPs prédit une évolution bénigne de la poussée, la valeur prédictive positive d'évolution favorable est de 98 %. Ces malades n'ont pas besoin d'un enième scanner si l'affection est connue (sujet jeune avec pancréatite aiguë héréditaire); le retour au domicile est envisageable dès que les douleurs sont maîtrisées et que l'alimentation orale est tolérée. A l'opposé, le SIRS est péjoratif. Il doit être calculé à l'admission et à la 48^{ème} heure après réhydratation. Un SIRS transitoire prédit une mortalité de 8 %, mais s'il persiste à 48h, la mortalité atteint 25 %. Un indice de masse corporelle élevé et un terrain fragilisé par des

TABLEAU II. DÉFAILLANCES D'ORGANES

Poumon : polypnée, PaO₂ ≤ 60 mmHg
Cardiovasculaire : choc, pression systolique < 90 mmHg
Rein : créatinine sérique > 2 mg/dl malgré hydratation
Cerveau : confusion

TABLEAU III. HARMLESS AP SCORE À L'ADMISSION

Ventre souple, pas de rebond
Hématocrite ≤ 43 % chez l'homme et ≤ 39,6 % chez la femme
Créatinine sérique < 2 mg/dl

TABLEAU IV. SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME (SIRS)

2 éléments doivent être présents :
Température < 36° ou > 38°
Fréquence cardiaque > 90/min
Fréquence respiratoire > 20/min ou Pa Co₂ < 32 mmHg
Leucocytose > 12.000/mm³ ou < 4.000/mm³ ou > 10 % de formes immatures

comorbidités sont également susceptibles d'aggraver le décours d'une pancréatite aiguë.

La prise en charge immédiate comprend des mesures globales : l'orientation adéquate du malade vers une salle banalisée ou l'USI, une hydratation intensive, un support nutritif, et des mesures spécifiques : l'instauration d'un traitement de sevrage alcoolique, le désenclavement d'un calcul cholédocien par cholangiographie rétrograde (CPRE). La pancréatite aiguë est associée à un troisième secteur important, de telle sorte qu'un élément-clé du traitement est la réhydratation. Les études démontrent qu'une réhydratation insuffisante augmente le risque de défaillance d'organe et la mortalité. Il faut donc perfuser du lactate ringer au débit de 5-10 ml/kg/h jusqu'à amélioration des paramètres cliniques (disparition de la soif, normalisation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la diurèse) et biologiques (normalisation de l'hématocrite) (Tableau V) (5). Dans une pancréatite aiguë sévère, la fièvre fait partie de la réponse inflammatoire et ne traduit pas nécessairement une infection. Une antibioprophylaxie probabiliste est déconseillée, des prélèvements ubiquitaires doivent être réalisés et l'antibiothérapie instaurée uniquement en cas d'infection confirmée (6). Par contre, assurer une alimentation entérale orale ou par sonde gastrique constitue la meilleure prévention de l'infection de la nécrose (7, 8). Le jeûne doit donc être le plus court possible; dans les formes non sévères, le malade sera réalimenté dès la disparition des douleurs et, dans les formes sévères, une sonde nasogastrique sera mise en place dès que possible. La seule exception à la reprise rapide d'une alimentation orale dans une poussée non sévère est la pancréatite aiguë biliaire avec calcul cholédocien persistant. Dans ce cas, l'extraction doit précéder la réalimentation, afin d'éviter une récurrence parfois désastreuse (9).

En cas de pancréatite aiguë sévère, avec lithias cholédocienne confirmée, la réalisation précoce d'une CPRE est discutable. Par contre, le déclenchement d'une angiocholite est une indication formelle de traitement endoscopique

TABLEAU V. OBJECTIFS DE LA RÉHYDRATATION

Disparition de la soif
Fréquence cardiaque < 120/min
Pression artérielle moyenne entre 65-85 mmHg
Diurèse > 1 ml/kg/h
Hématocrite entre 35-44 %

en urgence. Une hypertriglycérémie ou une hypercalcémie maligne feront l'objet d'une prise en charge spécifique.

3. EN DEHORS DE L'ÉTHYLISME ET DU CALCUL VÉSICULAIRE, Y-A-T-IL DES ÉTIOLOGIES À RECHERCHER À L'ADMISSION, AU RISQUE DE LES VOIR DISPARAÎTRE EN COURS D'HOSPITALISATION ?

Outre le dosage des lipases, la biologie d'admission recherchera des étiologies potentielles; les causes à rechercher en première ligne sont résumées dans le Tableau VI. On veillera, particulièrement, à doser rapidement des éléments influencés par le jeûne ultérieur ou dont l'élévation peut être transitoire : il s'agit des transaminases, des triglycérides, qui se normalisent en quelques heures, et de la calcémie. L'augmentation des transaminases à l'admission est un argument fort en faveur de la migration d'un calcul cholédocien. Par contre, une élévation retardée des transaminases perd toute spécificité, car elle peut être liée à la compression de la voie biliaire par l'oedème pancréatique. Chez la femme, quel que soit l'âge, *a fortiori* si elle est obèse ou dans le post-partum, une échotomographie abdominale supérieure (US) sera réalisée dès l'admission, à la recherche d'une maladie lithiasique vésiculaire et d'une dilatation des voies biliaires intra- ou extra-hépatiques. Cet examen dispose d'une bonne sensibilité dans ce seul but, malgré le météorisme qui accompagne généralement la poussée. Faite plus tardivement, l'échotomographie perd toute spécificité, le jeûne induisant un «sludge». La découverte d'une dilatation des voies biliaires en l'absence de lithias chez un homme au-delà de 50 ans doit impérativement se poursuivre par une recherche de tumeur après régression des signes inflammatoires.

TABLEAU VI. ÉTIOLOGIES PRINCIPALES À RECHERCHER AUX URGENCES

Alcool	anamnèse
Cannabis	anamnèse
Lithias vésiculaire/cholédocienne	transaminases avant un délai de 48h, US, EE
Hypertriglycérémie	seuil pancréatotoxique : 1.000 mg/dl
Hypercalcémie	ajustée pour le taux de protéines sériques
NB : L'anamnèse pourra aussi révéler des conditions particulières : médicaments, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), insuffisance rénale aiguë. US : échographie par ultrasons EE : échoendoscopie	

CONCLUSION

Le diagnostic de pancréatite aiguë est, *a priori*, simple, mais doit être rigoureux afin d'éviter des examens et des tracas inutiles pour le patient. On distingue trois stades de sévérité, poussée légère, moyenne, sévère. Trier adéquatement les malades permet une prise en charge optimale, réduit les irradiations récurrentes, les durées d'hospitalisation, les incapacités de travail dans les formes bénignes, et conduit à mettre en oeuvre une série de mesures démontrées comme efficaces pour la prévention des complications dans les formes sévères.

MESSAGES-CLÉ

- La lipase ne doit être dosée qu'une seule fois à l'admission chez un malade présentant des douleurs pancréatiques typiques.
- Le CT scanner abdominal n'est pas essentiel pour le diagnostic, mais bien pour la démonstration de la nécrose et de son extension; il doit donc être réalisé avec contraste, quand la nécrose est constituée, soit après 72 heures.
- La sévérité doit être reconnue lorsque la clinique suggère une défaillance d'organe ou être prédite par le SIRS (le score de Ranson est abandonné).
- La réhydratation doit être adéquate, et d'autant plus agressive que la forme est sévère; ses effets doivent être monitorés d'un point de vue clinique et biologique.
- La nutrition entérale précoce constitue la meilleure prévention de l'infection de nécrose dans les formes sévères.
- Une antibioprophylaxie probabiliste n'est pas recommandée, mais toute infection doit être activement recherchée et traitée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Working Group IAPAAPAG.— IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol*, 2013, **13**, 1-15.
2. Lankish PG, Weber-Dany B, Hebel K, et al.— The harmless acute pancreatitis score : a clinical algorithm for rapid initial stratification of nonsevere disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2009, **7**, 702-705.
3. Singh VK, Wu BU, Bollen TL, et al.— Early systemic inflammatory response syndrome is associated with severe acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2009, **7**, 1247-1251.
4. Mofidi R, Duff MD, Wigmore SJ, et al.— Association between early systemic inflammatory response, severity of multiorgan dysfunction and death in acute pancreatitis. *Br J Surg*, 2006, **93**, 738-744.
5. Perner A, Haase N, Guttormsen AB, et al.— Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. *N Engl J Med*, 2012, **367**, 124-134.
6. Wittau M, Mayer B, Scheele J, et al.— Systematic review and meta-analysis of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol*, 2011, **46**, 261-270.
7. Eckerwall GE, Tingstedt BB, Bergenzaun PE, et al.— Immediate oral feeding in patients with mild acute pancreatitis is safe and may accelerate recovery – a randomized clinical study. *Clin Nutr*, 2007, **26**, 758-763.
8. Sun JK, Mu XW, Li WQ, et al.— Effects of early enteral nutrition on immune function of severe acute pancreatitis patients. *World J Gastroenterol*, 2013, **19**, 917-922.
9. Heider TR, Brown A, Grimm IS, Behrns KE.— Endoscopic sphincterotomy permits interval laparoscopic cholecystectomy in patients with moderately severe gallstone pancreatitis. *J Gastrointest Surg*, 2006, **10**, 1-5.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr P. Gast, Service de Gastroentérologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : p.gast@chu.ulg.ac.be